



VYJÁDŘENÍ LÉKAŘE*

o zdravotním stavu žadatele k žádosti

do Domova třetího věku s.r.o

žadatele o pobyt v Domově pro seniory Zity Kabátové, ul. Za Mototechnou
1114/4 Praha 5- Stodůlky, 155 00

Žadatel: **Zdravotní pojišťovna:**

Jméno a příjmení

Datum narození: **Rodné číslo:**

Bydliště:

ulice, číslo

obec

PSČ

Současný pobyt (pokud se liší od bydliště):

1. **Anamnéza** (rodinná, osobní):

2. **Aktuální zdravotní stav** (motorické schopnosti, mobilita, příp. délka současné hospitalizace, pokud je žadatel ve zdrav. zařízení, schopnost sebeobsluhy, atd.):

3. **Duševní stav** (orientovanost žadatele, akutní nebo chronické duševní onemocnění, deprese, úzkost, projevy narušující kolektivní soužití či jiné specifické projevy chování):



4. Trpí žadatel demencí?

- ANO - Typ demence: Stupeň:
- NE

5. Trpí žadatel, příp. trpěl závislostí (na omamných, psychotropních, příp. jiných látkách)?

ANO – jaké:

NE

6. Diagnóza (česky):

- a) Hlavní diagnóza:
- b) Ostatní choroby:

7. Datum posledního očkování:

TAT: PNEUMO:

VAXIGRIP:

jiné očkování:

8. Žadatel je pod dohledem odborné ambulance:

- Plicní Neurologie Nutriční Psychiatrie Ortopedie Chirurgie
- Diabetologie Kardiologie Interna Jiné:

9. Žadatel je léčen nebo sledován pro infekční onemocnění (akutní nebo chronické) nebo pro parazitární chorobu? ANO NE

Pokud ano, pro jakou:



Zdravotní výkony spojené s vyplněním tohoto vyjádření lékaře hradí žadatel o umístění.

10. Objektivní nálezJe schopen chůze bez cizí pomoci: ANO NEPoužívá kompenzační pomůcky: Hole Invalidní vozík ChodítkaSluch: normální nedoslýchá zbytky sluchu je neslyšícíZrak: normální zhoršené vidění zbytky zraku je nevidomý

Je upoután na lůžko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Je schopen polohy v sedě, v křesle	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Porucha příjmu potravy, tekutin	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inkontinence stolice	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Inkontinence moči	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Používání WC křesla u lůžka	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
Defekty kůže:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
- dekubity (stupeň, lokalizace): - opruzeniny (stupeň, lokalizace):		
Alergie:		

Domov třetího věku s.r.o.

Centrum zdravotních a sociálních služeb
Za Mototechnou 1114/4, 155 00 Praha 5 – Stodůlky
IČ: 06934226, DIČ: CZ06934226



**Domov
třetího věku**

Centrum zdravotních a sociálních služeb

Dieta: NE Diabetická Žlučnicková Strava mletá
 PEG

11. Pro žadatele doporučuji službu Domov pro seniory

(demence, duševní onemocnění, omezený volný pohyb):

ANO

NE

V..... dne

razítko a podpis praktického lékaře